UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 120

MANIFESTATIONS PLEURALES

DANS LES

PERFORATIONS TRAUMATIQUES DE L'ŒSOPHAGE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le samedi 26 juin 1937

PAR

Jean BAUMEVIEILLE

Né à RIBÉRAC (Dordogne), le 28 janvier 1910

Examinateurs de la Thèse :

MM. PORTMANN, professeur ..... *Président.*

PAPIN, professeur .....

LOUBAT, agrégé..... *Juges.*

DESPONS, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1937

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 120

MANIFESTATIONS PLEURALES

DANS LES

PERFORATIONS TRAUMATIQUES DE L'ŒSOPHAGE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le samedi 26 juin 1937

PAR

Jean BAUMEVIEILLE

Né à RIBÉRAC (Dordogne), le 28 janvier 1910

Examinateurs de la Thèse

MM. PORTMANN, professeur ..... *Président.*

PAPIN, professeur ..... } *Juges.*

LOUBAT, agrégé..... } *Juges.*

DESPONS, agrégé ..... } *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	N.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique odonto-stomatolo ique	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	MASSÉ.
id.	DUFOUR.	id.	DARGET.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DE GRAILLY.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	FONTAN.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	BROUSTET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE.
id.	DERVILLÉE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Médecine opératoire	PAPIN.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Accouchements	RIVIÈRE.	Urologie	DARGET.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Botanique	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MON FRERE

A MES BEAUX-PARENTS

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS ET CAMARADES DE LA FACULTE

A MES MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A Monsieur le Professeur agrégé LOUBAT

Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant national de l'Académie de chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et guidé de ses conseils.

Qu'il trouve ici l'expression de toute notre gratitude.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur G. PORTMANN

Professeur de Clinique d'oto-rhino-laryngologie,
Sénateur de la Gironde,
Médecin principal de la Marine (C. R.),
Membre de l'Académie royale de Médecine de Belgique,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,
Officier de Saint-Sava (Serbie),
Chevalier de l'Ordre de Charles III (Espagne).

Hommage respectueux.

MANIFESTATIONS PLEURALES

DANS LES

PERFORATIONS TRAUMATIQUES

DE L'ŒSOPHAGE

INTRODUCTION

Si l'on ouvre un traité classique sur les lésions de l'œsophage, on constate que la place réservée au chapitre des manifestations pleurales dans les perforations traumatiques de l'œsophage est minime.

La plupart des auteurs considèrent ces complications comme fatales, survenant presque toujours après des manœuvres endoscopiques d'exploration ou d'extraction de corps étrangers.

Cependant, lorsque l'on veut dénombrer les observations, on en trouve très peu qui aient été publiées, si bien qu'on est en droit de se demander si leur fréquence est vraiment si grande.

Dans ce travail, nous insistons sur la pathogénie de ces accidents, qui peuvent survenir parfois, alors que toutes les tuniques de l'œsophage ne sont pas perforées, comme dans

l'observation I (MM. Loubat et Laporte), qui a suscité la réalisation de cette thèse.

La conduite à tenir, que ce soit une perforation complète ou incomplète, sera d'ailleurs toujours la même, et l'observation la plus typique qui puisse illustrer notre sujet est celle de la fillette opérée par M. le Professeur Portmann pour corps étranger de l'œsophage (obs. II).

ETIOLOGIE

Les perforations traumatiques complètes ou incomplètes de l'œsophage surviennent surtout chez les enfants, qui avalent facilement n'importe quel objet.

Les cas observés chez les grandes personnes se rencontrent, par ordre de fréquence, dans les tentatives de suicide et dans les accidents arrivant à la suite de l'absorption, par mégarde, d'un liquide caustique.

Nous pourrons voir des perforations au cours de manœuvres endo-œsophagiennes, pratiquées à l'aveugle, ou sans douceur, sur un œsophage rétréci ou peu résistant, par suite d'un processus inflammatoire.

PATHOGENIE

En présence d'une manifestation pleuro-pulmonaire survenant après l'absorption d'un corps étranger, d'un liquide caustique, ou après une manœuvre endoscopique, il faut toujours soupçonner une lésion œsophagienne qui, méconnue, compromettrait l'état du malade, déjà si grave.

Sur les 10 observations que nous rapportons, 7 fois nous pouvons affirmer qu'il y a eu perforation complète; dans les autres cas, c'est, avant tout, l'élément traumatique sur la muqueuse, les érosions répétées, la desquamation de l'épithélium, les ulcérations, en un mot, qui doivent être considérés.

C'est cette surface cruentée à la suite des passages de la sonde œsophagienne qui a réalisé une surface d'absorption massive. C'est, sans doute, le fait essentiel qui doit être mis à la base des discussions pathogéniques, et c'est ce que, d'ailleurs, MM. Hallé, Hutinel et Yves Bureau avaient entrevu, puisqu'ils ont remarqué que chaque séance de tubage provoquait une poussée thermique.

En définitive, dans un certain nombre de cas, il faut tenir très grand compte de la plaie œsophagienne, celle-ci constituant le point de départ de la propagation infectieuse vers le poumon, propagation qui emprunte la voie lymphatique, ou encore la voie sanguine, et entraînant une infection aiguë grave.

Si cette périœsophagite augmente, elle va se terminer par un abcès qui aura tendance à se propager vers le médiastin; si le processus inflammatoire a été d'assez longue durée, des adhérences uniront la plèvre à l'œsophage, et, dans ces con-

ditions, le médiastin pourra être épargné, et l'infection gagner directement la cavité pleurale.

Nous comprenons maintenant le danger des corps étrangers de l'œsophage. Leur présence dans le conduit œsophagien doit être considérée comme un danger de mort pour le patient. Cette affirmation peut paraître exagérée quand on voit l'innocuité des sous avalés par les enfants, et la facilité avec laquelle on les enlève en un clin d'œil avec le crochet de Kirmisson, sans même avoir besoin de radioscopie, à condition toutefois que cette intervention soit pratiquée le jour même ou le lendemain, et que l'opérateur agisse avec une extrême douceur et sans effort.

Un sou, en raison de ses contours arrondis, ne peut déchirer la muqueuse, mais, après un séjour de quatre ou cinq jours au même point, il va être fixé par la muqueuse, turgescente et enflammée, qui tendra à s'ulcérer.

Le crochet de Kirmisson devient alors très dangereux, et l'œsophagoscopie est nécessaire.

Le Docteur Segura, dans l'observation VI, nous montre une perforation complète de l'œsophage, avec pleurésie purulente, survenue chez une petite fille de 3 ans. Il fut appelé sept jours après que l'enfant eut avalé une pièce de 20 centavos, et eut les plus grandes difficultés pour l'extraire.

Bien supportés au début, ces corps étrangers, d'apparence bénins, vont devenir des plus dangereux par leurs complications, qui vont se faire, soit par voie lymphatique, soit par voie sanguine, et surtout par la périœsophagite, qui, se transformant en un abcès putride, ira crever en plein médiastin et amènera une mort rapide.

Parfois, dans des cas plus favorables, la plèvre sera prise d'emblée ou secondairement, comme en témoignent la plupart de nos observations. Enfin, une fois même, le péricarde a été touché, comme dans l'observation de Seiffert (mort par péricardite putride).

SYMPTOMATOLOGIE

Si nous examinons toutes les observations que nous rapportons, partout nous serons obligé de reconnaître que ce sont les complications pleurales en particulier qui nous auront fait penser à la perforation de l'œsophage.

En effet, chaque fois, c'est après une manœuvre endoscopique que l'état s'est aggravé, la température s'est brusquement élevée, le pouls accéléré, le facies a changé, le malade a ressenti une douleur plus ou moins vive. Quelques heures ou quelques jours après, une dyspnée intense attire notre attention sur l'appareil respiratoire, où nous trouvons les signes plus ou moins nets d'un épanchement pleural. Entre temps, nous aurons pu constater des signes de médiastinite avec circulation collatérale thoracique pour Herssman, si un abcès médiastinal s'est formé (compression de la veine cave inférieure par exsudat du médiastin postéro-inférieur).

L'examen endoscopique nous montrera un œsophage très enflammé, tuméfié, avec un bourrelet inflammatoire très rouge, la muqueuse est éraillée, sanglante même.

La radio permettra de constater si la perforation est complète et si des phénomènes nouveaux ont apparu du côté de l'appareil respiratoire, comme un abcès putride du poumon, dont, seule, une origine embolique est susceptible d'expliquer l'apparition, ainsi que le prétend M. Soulas.

Devant ce tableau clinique, devons-nous affirmer qu'il existe vraiment une perforation de l'œsophage ?

Nous ne le pouvons, car les faits, le plus souvent, se sont passés à bas bruit. La perforation complète de l'œsophage a une symptomatologie plus brutale : le malade aurait res-

senti une douleur syncopale, qui aurait persisté, un état de choc se serait installé, des vomissements et des nausées auraient apparu, la radio avec bouillie barytée nous montrerait une communication avec la plèvre, comme dans l'observation III, de M. le Professeur agrégé Loubat.

Pour comprendre le tableau clinique de ces perforations incomplètes, qui sont les plus fréquentes, il faut reprendre la pathogénie que nous avons exposée au début de ce travail.

La périœsophagite naît du traumatisme de la muqueuse; plus elle sera longue, et plus elle évitera de contaminer le médiastin, car, autour d'elle, de nombreuses adhérences vont se créer, constituant une véritable voie de drainage dans la plèvre, lorsque l'abcès crèvera.

On aura soin de demander une formule leucocytaire, qui pourra rendre un précieux service durant la période de latence.

Les aliments retrouvés après le drainage de la plèvre et le liquide souvent acide viennent de l'estomac, par suite des vomissements, lorsqu'il y a perforation complète primaire ou secondaire.

PRONOSTIC

Les perforations traumatiques de l'œsophage comportent, on le sait, un pronostic très grave, à cause des accidents rapides de périœsophagite diffuse et de médiastinite, qui sont presque au-dessus des ressources de l'art.

Quand l'infection a pu, par contre, gagner la plèvre, le pronostic est beaucoup moins sombre, puisque la pleurésie, même putride, est justiciable d'un traitement chirurgical. Celui-ci est d'ailleurs indispensable, car il n'y a pas d'exemple de guérison de cette lésion abandonnée à elle-même.

TRAITEMENT

I. — *Traitement chirurgical.*

1° Il faut retirer les corps étrangers le plus rapidement possible.

2° Une indication s'impose en présence des complications pleurales : faire une gastrostomie pour éviter le passage des aliments dans la plèvre et pour mettre l'œsophage au repos.

Cette gastrostomie devra être faite à l'anesthésie locale, ou encore sous anesthésie après lavement au chloral (blocage des nerfs intercostaux par une solution de novocaïne à 2/100). L'œsophage est un organe qui se répare remarquablement bien et vite; c'est ainsi que Bazy et Chêne peuvent reprendre l'alimentation *per os* quinze jours après l'intervention, qui permet d'alimenter entre temps le malade par la bouche de stomie.

3° Le drainage de la cavité pleurale, que Boyd et Williams considèrent avec raison comme urgent. La thoracotomie sera, dans ces conditions, l'opération de choix.

Malheureusement, c'est une intervention bien traumatisante, qui risque de donner le coup de grâce au malade.

C'est pourquoi Gott pense qu'elle n'est pas toujours de mise. « Le malade est un malheureux en danger, même pour la chirurgie légère, dit-il, et, de plus, il n'est pas improbable qu'une grande partie du liquide présent dans la cavité pleurale s'est produit comme exsudat de protection, et, s'il s'est produit de bonne heure, c'est une bonne éventualité. »

L'intervention serait, pour lui, conditionnée par l'état général du malade et par la nature du liquide obtenu par thoracocenthèse.

Nous ne nous rangeons pas à cet avis, et, avec Smead, nous pensons que notre seule chance de succès est une thoracotomie faite le plus rapidement possible, comme dans l'observation I, où l'intervention a très bien réussi, chez une fillette de 8 ans, dont l'état était si précaire.

En revanche, le drainage du médiastin postérieur, associé au drainage de la cavité pleurale, que préconise Walker, nous semble être une opération trop traumatisante pour qu'elle puisse être tentée.

M. le Professeur agrégé Loubat insiste, dans l'observation I, sur le lavage ultérieur de la plèvre, qui peut aider à la désinfection de la poche purulente.

Dans le cas particulier, il fut fait, avec succès, par de l'Electroserum; d'autres solutions légèrement antiseptiques peuvent être utilisées. Il faut demander à ces liquides d'être peu irritants pour les tissus.

II. — *Traitement médical.*

Au début, il aura d'abord pour objet de remonter l'état général, et consistera en l'administration de substances nutritives introduites par voie rectale, et par la bouche de stomie. L'hydratation de l'organisme par voie hypodermique, intraveineuse ou rectale. L'oxygène est habituellement indiqué, de même que les opiacés. L'alcool intraveineux, en cas de suppuration pulmonaire surajoutée, rendra de précieux services.

Le véritable problème, au point de vue médical, sera de soutenir le malade jusqu'à ce que la nature, grâce à l'intervention chirurgicale précoce, ait réussi à cicatriser la lésion.

RESULTATS

Sur 10 malades traités chirurgicalement, nous avons 50 p. 100 de guérisons, cela en fonction de la rapidité de l'intervention. L'observation II, de M. le Professeur Portmann, nous montre une petite fille âgée de 2 ans, qui a été transportée de Dakar à Bordeaux en avion pour être opérée d'urgence.

Sur les 5 malades guéris : 3 avaient subi une gastrostomie et une pleurotomie, 2 une thoracotomie.

Dans les cas de mort, les malades n'avaient subi qu'une pleurotomie.

On ne devra reprendre l'alimentation *per-os* que lorsque les signes pleuraux et œsophagiens auront disparu. La bouche de gastrostomie pourra être fermée lorsque l'état général sera parfait.

OBSERVATIONS

Observation I.

(MM. le Prof. agrégé Loubat et le Dr Fernand Laporte, Soc. de chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest, séance du 11 avril 1935.)

Pleurésie putride et médiastinite après cathétérisme œsophagien. Guérison par pleurotomie et lavages.

B... (Marie-Marguerite), 8 ans, est entrée, le 27 juin 1930, à l'Hôpital des Enfants, pour sténose cicatricielle de l'œsophage consécutive à l'ingestion accidentelle de potasse, un mois auparavant.

Au début, une alimentation liquide est possible, puis la dysphagie s'accentue de plus en plus, au point que les liquides eux-mêmes peuvent à peine franchir le rétrécissement : celui-ci siège dans la partie moyenne du conduit, au niveau de la portion thoracique. C'est pourquoi nous pratiquons, le 13 août 1930, une gastrostomie. Par la suite, notre collègue oto-rhino-laryngologiste essaie par cinq fois de dilater l'œsophage, sous contrôle œsophagoscopique, sans résultat; on laisse alors la malade tranquille pendant quelques mois.

Cependant, la gastrostomie ne permettant pas une alimentation favorable au développement d'une enfant de cet âge, celle-ci reste maigre, chétive, avec un état général précaire.

Le 21 mai, un autre spécialiste fait à nouveau une œsophagoscopie, suivie d'un essai de dilatation au moyen de sondes. On ne peut franchir la sténose.

Le soir même, l'état général est subitement devenu grave : température, 40 degrés; pouls, 130; sueurs, facies pâle et tiré; la malade n'accuse rien d'autre qu'une douleur intercapsulaire. Les

jours suivants, la situation reste toujours aussi grave, la température oscille entre 39 et 40 degrés, le pouls entre 130 et 140; le facies est de plus en plus pâle. Les signes fonctionnels et physiques se précisent, douleurs dans la région interscapulaire, matité dans une région se prolongeant un peu à droite de la colonne vertébrale, le signe de l'Espine remarquablement net : on assiste à l'apparition d'une médiastinite aiguë, sans doute consécutive à une perforation de l'œsophage.

Le 5 juin, quinze jours après le début de ces accidents, l'état général paraît aggravé, le pouls est plus rapide, 150, la malade semble encore plus fatiguée. La symptomatologie s'est brusquement modifiée : tout l'hémithorax droit est immobile, et sa paroi œdématiée; à la percussion, matité absolue, douleur à la pression et à l'auscultation, un souffle à timbre pleurétique. Une ponction exploratrice ramène un pus très fétide et des bulles de gaz. On a affaire maintenant à une pleurésie putride de la grande cavité, consécutive vraisemblablement à la rupture de l'abcès médiastinal dans la cavité pleurale.

L'examen du pus, pratiqué par M. le Professeur Dupérié, donne le résultat suivant : « Flore microbienne très abondante et très diverse. Streptocoques en petites chaînettes. Cocci isolés. Bâtonnets plus ou moins allongés, quelques-uns arciformes. Pas de spirilles, quelques bacilles ayant la morphologie fusiforme. La plupart de ces formations bacillaires sont à Gram négatif. »

Intervention d'urgence. Pleurotomie, sans résection costale, donnant issue à 800 cm^3 environ de pus très fétide. Drainage.

Traitement postopératoire : Abcès de fixation; injections de solucamphre de septicémine et d'eucalyptine; pansements biquotidiens. L'état général reste toujours grave, et ce n'est que le cinquième jour qu'une légère détente se produit.

A ce moment-là, on commence à faire des lavages à l'électrosérum. La plaie opératoire suinte abondamment, elle se sphacèle en partie, la fétidité disparaît rapidement, puis l'aspect de la plaie s'améliore considérablement, et, dix jours après, on peut cesser les lavages. Le suintement s'atténue sensiblement, si bien que, le dix-neuvième jour après le début des lavages, on enlève le drain.

L'état général s'est aussi rapidement amélioré, et la température est revenue à la normale. L'abcès de fixation a donné une grosse collection, qui a été incisée tardivement.

Conclusion : Dans un tel cas, on peut se demander s'il s'est agi d'une perforation de l'œsophage ou d'une simple médiastinite à la suite d'érosions répétées de l'œsophage pendant la tentative de dilatation. L'évolution lente des accidents permet de penser qu'il ne s'agit pas de perforation. La propagation de la médiastinite à la plèvre, ou plutôt son ouverture dans la plèvre, a, malgré tout, été favorable, car elle a permis le drainage du pus, fort difficile à réaliser lorsque l'inflammation reste localisée au médiastin postérieur.

Observation II (Inédite).

(MM. les Prof. Portmann et Loubat, et le Dr Lartigaut.)

Perforation de l'œsophage par corps étranger. — Extraction du corps étranger. — Médiastinite et pleurésie purulente gauche. — Guérison après drainage pleural et gastrostomie.

La fillette Nicole V..., âgée de 2 ans 1/2, avale en jouant, le 28 mai 1934, un couvercle d'encrier, métallique, de forme ronde, mais irrégulier au niveau de l'attache de la charnière, qui est cassée.

Plusieurs tentatives d'extraction, après radiographie, sont faites à Dakar, mais sans succès. Trois jours après, l'enfant peut être transportée, par avion, de Dakar à Toulouse, puis, par le train, de Toulouse à Bordeaux, où elle arrive, le dimanche soir 3 juin, dans la Clinique de M. le Professeur Portmann, qui examine la malade dès son arrivée.

Elle est très fatiguée, ayant vomi pendant une partie de la traversée en avion. Avant de décider toute extraction, une nouvelle radiographie est considérée comme nécessaire. Celle-ci est faite le lendemain matin, lundi, par le Docteur Lachapèle.

Sur cette radio, on constate que le corps étranger est situé à peu près à deux travers de doigt au-dessous de la fourchette

sternale. Il est placé transversalement, le crochet du couvercle dirigé vers le bas.

Sur une radiographie de profil, le corps étranger apparaît vertical, très mince, comme une épingle.

Une œsophagoscopie est immédiatement décidée, ce lundi matin 4 juin, à 10 heures.

Anesthésie générale au chloroforme. Un tube est introduit avec beaucoup de difficulté. La bouche œsophagienne étant en état de spasme violent, malgré l'anesthésie générale. Une fois franchie, on constate que l'œsophage est très enflammé, tuméfié. On enfonce le tube jusqu'au niveau de la fourchette sternale, et, à cet endroit, un bourrelet inflammatoire très rouge se met à saigner abondamment, rendant impossible toute recherche. L'enfant est remise au lit.

Le soir, température , 40 degrés. Facies très grippé. On craint un début de médiastinite. Le pronostic est désespéré. Le Docteur Lartigaut, qui suit l'enfant au point de vue médical, ne trouve cependant aucune localisation pulmonaire. Pouls incomptable.

Si l'enfant passe la nuit, on décide de faire une nouvelle tentative, le lendemain matin, sous le contrôle de l'écran.

Le lendemain matin, mardi 5 juin, température 38°6. La petite malade semble mieux. La nuit a été agitée.

Nouvelle œsophagoscopie. Anesthésie générale au Balsoforme. L'enfant est placée sur la table radioscopique. Le tube est enfoncé avec beaucoup de précaution. L'œsophage présente toujours les mêmes lésions inflammatoires. On approche du corps étranger, mais il est impossible de le voir, au milieu du sang et des parois œsophagiennes tuméfiées et, par place, lacérées. On a nettement l'impression que l'œsophage a été traumatisé par le déplacement du corps étranger, dont les bords sont aigus, au cours des vomissements très violents qu'a eus l'enfant pendant son voyage en avion.

Le tube, enfoncé avec une extrême prudence, ne permet pas de voir ni de saisir le corps étranger, que le Docteur Lachapèle ne peut plus retrouver à l'écran.

On extrait le tube de l'œsophage, pensant abandonner la partie.

On tente cependant, une dernière fois, une exploration. Le corps

étranger s'est, en effet, déplacé, et a dû être repoussé par le tube, lors de la précédente tentative. Il se trouve maintenant au niveau du tiers inférieur de l'œsophage.

On décide de traverser prudemment la zone enflammée, pensant qu'il serait plus facile de le voir et de le saisir dans sa nouvelle position. C'est, en effet, ce qui se produit : il apparaît subitement sous la forme d'une petite ligne blanche. La pince le saisit, et, comme son diamètre est de beaucoup supérieur à celui du tube à œsophagoscopie, on retire tout à la fois : le tube, la pince et le corps étranger.

Cette intervention a duré une heure.

Le soir, température à 39 degrés.

Pendant les jours suivants, la malade a vu son état s'améliorer progressivement. La température reste cependant oscillante entre 38 et 39 degrés. Le Docteur Lartigaut, qui a trouvé à la base droite un peu de matité, constate avec plaisir, le dixième jour, que le poumon est complètement dégagé. La persistance de la température nous inquiète cependant. L'enfant, qui est restée à l'alimentation liquide, semble ne plus avoir besoin de soins chirurgicaux, et l'on envisage sa sortie de la clinique pour deux ou trois jours plus tard, lorsque, le 7 juin, l'enfant commence à vomir. Les vomissements, le vendredi 8, sont un peu plus fréquents et purulents. Le samedi matin, vomissements, très abondants, de pus presque pur. Les vomissements de la veille avaient été envoyés au Laboratoire, qui a répondu : « Pus d'infection banale. » Depuis le 7, matité de la base gauche, avec diminution du murmure vésiculaire. On décide une radioscopie pulmonaire. Celle-ci permet de constater une opacité à la partie moyenne du poumon droit. Cette opacité mobile est considérée par le Docteur Lachapèle comme un foyer pleural enkysté. Une consultation a lieu le soir même avec les Docteurs Loubat et Chavannaz. A la suite de cette consultation, on décide de pratiquer immédiatement une gastrostomie, et l'ouverture de la plèvre avec siphonage. Les deux interventions sont faites par le Professeur agrégé Loubat et le Docteur Jean Chavannaz, sous anesthésie locale, le samedi 10 juin, à 23 heures.

Le lendemain dimanche matin, température à 40 degrés. L'enfant

est très déshydratée, on injecte, par la sonde, toutes les heures, 80 cm³ d'eau sucrée. Le même soir, température 38°6. Le lendemain matin, température 38°1.

Suites opératoires. — A partir de ce moment, l'état général s'améliore progressivement, et l'enfant peut être bientôt alimentée de façon normale, par la sonde de gastrostomie.

L'écoulement pleural, qui, au moment de l'intervention, était constitué par un liquide séro-purulent, sale, contenant des particules alimentaires (nouilles, pois) et de la salive, devient plus nettement purulent. Cet écoulement diminue bientôt d'abondance, et se tarit au bout d'une quinzaine de jours, époque où l'on permet d'emporter l'enfant à la campagne.

A son départ de la maison de santé, l'état général est déjà très amélioré, la bouche de gastrostomie fonctionne très bien, avec une sonde de Nélaton n° 22; la plaie de thoracotomie est en bonne voie de cicatrisation.

Dans le courant de septembre, après trois ou quatre jours de température qui paraît inexpliquée, la cicatrice de drainage s'est ouverte spontanément, et du liquide purulent, en petite quantité, s'est écoulé, contenant encore quelques débris alimentaires, qui avaient dû être retenus dans quelque cul-de-sac de la plèvre. La cicatrisation s'est faite à nouveau de façon spontanée et rapide.

Le même incident devait se renouveler trois fois dans les six mois qui ont suivi le départ de l'enfant pour Dakar, effectué en novembre 1934.

La sonde de gastrostomie avait été supprimée fin septembre, alors que la radioscopie avait montré la parfaite perméabilité de l'œsophage. A partir de ce moment, l'alimentation avait été reprise par la voie normale.

Par la suite, la fistule de gastrostomie, très peu importante, ne s'est pas oblitérée spontanément, et, l'année suivante, l'enfant ayant été ramenée en France en parfait état général, nous avons été obligés (Dr Loubat) de traiter la fistule chirurgicalement par suture gastrique. Avivement et fermeture de la paroi abdominale (octobre 1935).

A partir de ce moment, la guérison a été complète, et l'enfant, dont nous avons souvent des nouvelles, continue à très bien se porter.

Observation III (Inédite).

(MM. Loubat et H. Clavé.)

Perforation de l'œsophage par corps étranger. — Médiastinite et pleurésie putride gauche. — Pleurotomie. — Mort.

Mme P..., âgée de 64 ans. Marchande foraine. En mangeant une soupe préparée avec de la viande de porc salé, a avalé un petit os inclus dans la soupe.

Elle a senti aussitôt une vive douleur, dans le pharynx d'abord, puis le long de l'œsophage, douleur vive qui s'irradiait dans le dos. Pour faire passer cette douleur, elle a avalé de la mie de pain trempée; les douleurs continuant, elle va chez le pharmacien, qui lui conseille encore d'avaler de la mie de pain. Les douleurs continuent, si bien que le soir elle vient voir l'un de nous, le Docteur Clavé, qui aussitôt procède à un examen radioscopique avec gélobarine. Celle-ci, qui ne peut être déglutie qu'en petite quantité, reste dans l'œsophage et ne passe pas dans l'estomac, confirmant la présence de corps étranger au bas de l'œsophage et probablement du spasme du cardia.

Avec un tube œsophagoscopique de Brunnings, à double courant, on fait d'abord un lavage de l'œsophage, encombré de matières alimentaires, et, tout de suite après, on place le tube œsophagoscopique ordinaire, qui montre, vers la partie inférieure de l'œsophage, une région où la muqueuse est rouge et tuméfiée, avec une zone un peu plus blanche, qui paraît être constituée par le fragment osseux. Mais celui-ci disparaît dès que la pince le touche, et on n'insiste pas.

Le lendemain matin, la malade est très agitée, souffre beaucoup de toute la région thoracique, et l'examen radioscopique montre que la gélobarine passe directement dans la plèvre gauche, montrant l'existence d'une perforation de l'œsophage.

La malade est transportée aussitôt dans une clinique, où nous l'opérons quelques heures après.

Comme la malade a un pouls rapide, qu'elle est très agitée, que la température est de 39°5, nous nous contentons de faire, sous anesthésie locale, une pleurotomie gauche, après qu'une ponction nous eut montré la présence d'un liquide fétide. Il s'écoula par la plaie une quantité importante, 1/2 litre environ, de liquide sale, d'odeur fétide, contenant des gaz, de la salive et quelques débris alimentaires.

Il est indiqué, dans ces cas-là, de faire aussi une gastrostomie pour alimenter la malade, sans utiliser l'œsophage, mais nous décidons de renvoyer l'opération au lendemain, si l'amélioration escomptée après l'ouverture de la plèvre se produit. Il n'en est rien. La température persiste, et le pouls devient de plus en plus rapide; la malade, très agitée, de plus en plus oppressée, meurt, au bout de vingt-quatre heures, avec des phénomènes de toxi-infection, dus sans doute à l'infection diffuse et suraiguë de la plèvre, et sans doute aussi à un processus de médiastinite.

Observation IV.

(Henry Boylan Orton, Médiastinitis following œsophageal forcing body, *Archives of otolaryngology*, p. 639, nov. 1930.)

Une petite fille de 20 mois fut admise à l'infirmerie de Newark Ege and Ecar le 21 janvier 1930, avec l'histoire suivante :

Le 5 janvier 1930, pendant qu'elle jouait avec une pièce de monnaie, elle la plaça dans sa bouche et l'avala.

Les jours suivants, impossibilité de prendre aucune nourriture solide.

Elle fut reçue à l'hôpital le 4 janvier, et le 16, sans aucune anesthésie, on tenta d'enlever la pièce de monnaie, mais sans succès. A partir de ce moment, on nota une élévation progressive de la température, avec un pouls et une respiration accélérés.

Le 21 janvier, radiographie, qui montra que la pièce siégeait en avant des deux premières vertèbres dorsales. On nota égale-

ment des lésions de médiastinite et un abcès pulmonaire largement collecté. Comme l'enfant était dans de très mauvaises conditions, on ne fit aucune opération.

Le 26 janvier, la température et le pouls restant toujours élevés, nouvelle radiographie, qui montra les mêmes signes que la précédente, mais, en plus, tout le côté droit de la poitrine était voilé et, les côtes étant surélevées, on pensa à une pleurésie. Depuis le dernier examen, la maladie s'était donc étendue.

Le 4 février, troisième radiographie, qui montre la pièce toujours au même endroit.

L'évidence de la médiastinite était maintenant assurée par l'image siégeant dans la partie supérieure de la poitrine, dans une aire contiguë à la pièce.

Cette ombre s'étendait directement en bas au-dessous de la pointe du cœur et du côté droit, à peu près à la moitié du cercle de la première côte. Le parenchyme pulmonaire n'était pas plus obscur que dans l'examen précédent; il montrait cependant un très léger voile.

Le bord externe du poumon gauche était loin de la paroi thoracique et faisait penser à une pleurésie.

La température augmentant les jours suivants, le 6 février, on fit une œsophagoscopie, et, au-dessous de la pièce, on remarqua de l'œdème, des granulations de l'œsophage.

Le 8 février, en consultation avec un chirurgien, on décide de ponctionner le côté gauche, d'où s'échappe une grosse quantité de pus très fétide. La ponction confirmait le diagnostic de pleurésie putride.

On établit un drainage de la plèvre. Quelques jours plus tard l'enfant eut une otite moyenne bilatérale, de nombreux abcès disséminés. L'hémoculture ne fut pas faite.

La convalescence fut très longue. Actuellement, on vient d'enlever le drain pleural. La température est normale, mais la malade est très émaciée.

Observation V.

(Seiffert, *Brun's Beitrage Zur Klinischen Chirurgie*, n° 5, 15 nov. 1933, p. 487.)

Une jeune fille de 18 ans tente de se suicider en avalant de la soude. Aussitôt apparaissent de la douleur thoracique et une dysphagie intense. La prise d'aliments solides ou liquides est impossible. A la radio, on constate un rétrécissement de 5 centimètres partant de la hauteur de la crosse de l'aorte. On arrive à dilater l'œsophage de 11 millimètres. La malade peut s'alimenter, et repart le 12 mars.

En juin, cette malheureuse est dans un état lamentable; elle a perdu 28 kilos, et présente une sténose très importante; à ce moment, on lui fait une gastrostomie sous anesthésie locale. La malade reprend du poids. Le 2 juillet, grâce à une nouvelle dilatation de 10 millimètres, les aliments solides peuvent passer, et, en novembre, elle a augmenté de 26 kilos.

A ce moment, on renonce à la fistule gastrique et on continue les dilatations, quand, brusquement, le 25 novembre, apparaissent les signes d'une médiastinite droite, 40 degrés de température, douleur, circulation collatérale thoracique, matité. On ponctionne : il sort 600 cm^3 de liquide clair, sans germe, qui réapparaît rapidement, puis le liquide se trouble, devient acide, on fait un drainage. A la radio, on constate un hydrothorax, le repas descend dans l'estomac, dans une caverne, dans le médiastin et dans la cavité pleurale. On refait une gastrostomie, on passe un fil de soie; après trois semaines, nouvelle dilatation, drainage pleural; il reste une petite caverne. En décembre 1932, on fait une thoracotomie, car il y a rétention de pus. La guérison survint quelque temps après et fut confirmée par la radio.

Observation VI.

(Dr E.-V. Segura, de Buenos-Ayres, *Broncho-œsophago et gastroscopie*, avril 1935, n° 2.)

Une petite fille de 3 ans avala une monnaie de 20 centavos. Il n'y eut aucun accident d'importance, et le médecin, à cause de cela, indiqua seulement une alimentation appropriée et l'examen des selles, espérant y trouver la monnaie.

Après une attente inutile de cinq jours, il se décida à la radioscopie, qui montra la présence de la monnaie au niveau de la base du sternum. Jusqu'à ce moment, la petite malade n'éprouvait aucune gêne, aucune élévation de température, aucune douleur; la pièce de monnaie étant parfaitement tolérée.

Un spécialiste appelé alors essaya, au moyen de pinces, et sous le contrôle radioscopique, l'extraction de la monnaie.

Après vains efforts, on essaya l'œsophagoscopie sous anesthésie au chloroforme, pendant au moins une heure, sans résultat. La malade saigna assez par la bouche et avait, le lendemain, 39°2, 45 respirations par minute, et se trouvait très agitée. Il y avait un emphysème cellulaire sur la poitrine et sur le cou. Le lendemain, la gravité augmentait (55 respirations par minute, 160 pulsations, complications pleuro-pulmonaires), et la radiologie montrait que la pièce était au même endroit.

On me demanda alors d'intervenir. En introduisant le tube, je constatai que les muqueuses du pharynx et de la bouche œsophagienne étaient congestionnées, tuméfiées et ulcérées. Un peu plus bas, du pus blanc laiteux sortit en grande quantité d'une ample perforation dans la paroi droite de l'œsophage. La monnaie fut ensuite extraite; toutes les manœuvres durèrent dix minutes environ. Malgré ce succès, l'état de la petite malade continua à être très mauvais : température à 39 degrés, toux et vomissements alimentaires purulents chaque fois qu'elle prenait des aliments. Il se produisit un pyopneumothorax, et le Docteur Susihi dut faire une pleurotomie avec résection partielle de la neuvième côte : il sortit une grande quantité de liquide purulent avec des grumeaux

blancs; pour confirmer que c'était réellement du lait qui pénétrait dans la cavité pleurale à travers la perforation œsophagienne, on fit boire à la malade une solution de bleu de méthylène, qui teignit le pansement de la plaie opératoire.

Après une longue lutte, cette petite fut sauvée de la mort.

Observation VII.

(Seiffert, *Bruns Breitage zur Clinischen Chirurgie*, n° 5, 15 nov. 1933.)

Une jeune fille de 18 ans avale de l'acide sulfurique. Elle ne peut, par la suite, absorber que des liquides. L'œsophagoscopie montre un rétrécissement de 7 centimètres de long. Le 8 novembre, on lui fait une gastro-entérostomie postérieure, sondage, et une nouvelle œsophagoscopie.

Des douleurs postérieures apparaissent, température 40 degrés; dyspnée intense; circulation collatérale thoracique importante. On pense à une médiastinite, lorsque nous découvrons un épanchement pleural droit; on ponctionne : il sort une grande quantité de pus. Le lendemain, un drainage de la plèvre est établi. L'état s'améliore pendant quelques jours. La malade meurt huit jours après l'intervention.

L'autopsie nous montre une perforation juste au-dessous de la bouche médiastinale, un pyopneumothorax à droite et péricardite purulente.

Observation VIII.

(Tumaskin, *The Journal of Laryngology*, avril 1934; in *Oto-Rhino-Laryngologie internationale*, n° 8.)

B... (M.), né en février 1928, fit pendant plusieurs fois de violentes hématémèses. En avril, respiration sonore et rapide. En octobre 1931, gorge douloureuse et sèche. Ne peut avaler des aliments solides. En janvier 1932, coqueluche. En juillet 1932, état sérieux, constipation, vomissements, douleurs abdominales, pouls rapide, température oscillante.

La radiographie décèle un arrêt des aliments dans l'œsophage. Il s'agit probablement d'un spasme.

Œsophagoscopie en 1932. Langue et hypopharynx normaux. Au niveau de l'anneau crico-pharyngien, le tube rencontre peu de résistance, mais l'enfant respire difficilement; peu à peu, elle se calme. Jusqu'au cardia, on ne trouve rien d'anormal, mais, au niveau du diaphragme, il existe toute une série de bulles (emphysème sous-muqueux). On enlève le tube, et on s'aperçoit qu'il existe un emphysème du cou et du visage. L'état s'aggrave; un pneumothorax gauche se développe, et l'enfant meurt quinze jours plus tard.

A l'autopsie : Poumon gauche affaissé et séro-pus dans la cavité pleurale. Le poumon, le diaphragme et les tissus médiastinaux sont tellement intriqués qu'on ne peut les séparer, mais on trouve, à un pouce au-dessus du diaphragme, une fistule œsophago-médiastinale. Pas de tubercules visibles.

Observation IX.

(Drs Brunond et Reymond, *Journal de Marseille.*)

Perforation de l'œsophage avec pleurésie purulente par suite de l'absorption de potasse.

Mlle X..., 22 ans, tente de se suicider en absorbant de la potasse. Elle est amenée à l'Hôtel-Dieu, où elle est admise le 8 janvier 1921. On note, à l'examen, un pouls petit, de l'inquiétude, de la douleur dans les régions vertébrale et sternale. Elle est mise au repos et en observation.

Le lendemain, elle absorbe assez facilement de l'eau bouillie, et, le soir, on observe une ascension de la courbe de la température. Le troisième jour, celle-ci reste élevée, la malade présentant, avec de la dyspnée, de la douleur thoracique l'examen révèle un épanchement pleural.

Devant la gravité croissante des phénomènes et l'atteinte plus marquée de l'état général, malgré le traitement médical appliqué, on décide d'intervenir.

Le cinquième jour, on fait une pleurotomie et on évacue le contenu d'une pleurésie purulente.

Dès le lendemain, on constate que le pansement est souillé avec une grande rapidité et que le liquide bu par la malade passe directement de l'œsophage dans la plèvre et, par la pleurotomie, s'évacue au dehors.

La mort survient le huitième jour.

Observation X.

(Dr F. Baron, Nantes.)

Brûlure de l'œsophage par caustique, compliquée d'abcès sous-phrénique et de pleurésie purulente.

Le 20 avril 1933, M. P..., âgé de 35 ans, peintre en bâtiment, au cours de son travail, absorbe par mégarde, en buvant à la bouteille, un demi-verre ordinaire de solution concentrée de soude caustique. Il souffre violemment, ne peut déglutir, malgré une soif intense; il bave une salive sanguinolente; sa voix est éteinte. La langue est rôtie, ainsi que les amygdales, la paroi postérieure du pharynx et, autant qu'il est possible de les apercevoir, l'orifice supérieure de l'œsophage, le bord de l'épiglotte et les aryténoïdes.

Il est mis aux boissons émollientes, à la limonade citrique, au goutte-à-goutte rectal. Le troisième jour, il commence à déglutir, d'abord des liquides, lait, café au lait, puis, peu à peu, des bouillies de plus en plus épaisses.

Le douzième jour après l'accident, il peut subir un examen radioscopique.

La potion barytée passe lentement, l'œsophage est rétréci dans toute sont étendue, il prend même, au niveau du rétrécissement aortique et du cardia, une allure filiforme, mais il n'y a nulle part de solution de continuité. Durant toute cette période, le malade a présenté une température élevée oscillante : d'abord entre 38 degrés et 39°5, elle est tombée peu à peu à 37 degrés

pour y rester à partir du treizième jour. Il sort de l'Hôtel-Dieu le dix-septième jour, très amélioré, puisqu'il peut prendre des bouillies, des purées, des potages et de la viande hachée.

Tout allait bien, quand, au cours de la quatrième semaine après l'accident, le 19 mai, apparaît une dysphagie plus marquée; il n'y a ni douleur spontanée, ni fièvre; les plaies buccales, pharyngiennes et hypopharyngées sont guéries; on peut penser qu'il en est de même de l'œsophage. On lui donne rendez-vous le lendemain pour la première *dilatation*.

Le malade étant assis, sous le contrôle d'un tube œsophagoscopique, on arrive sans difficultés au rétrécissement aortique; il est très serré, mais on trouve facilement l'orifice de l'œsophage, légèrement excentrique; on y passe la bougie n° 10, qui continue son trajet sans résistance.

Tout à coup, au cours de cette manœuvre, le malade, très contracté, se plaint brusquement d'une douleur vive, en coup de poignard, un peu à gauche de l'épigastre. Elle persiste plusieurs heures aussi intense; le teint se plombe et le pouls s'accélère (120); la fièvre est à 38 degrés; le ventre est légèrement tendu dans son étage supérieur gauche et douloureux à la palpation. On temporise, et, dans la nuit, apparaît un violent point de côté à la base gauche.

Le lendemain matin, le 21, on découvre un syndrome pleurétique très net. La fièvre est à 40 degrés, le malade est très prostré; une ponction exploratrice ramène du pus franc. Le docteur R. Bureau, appelé en consultation, conseille l'intervention d'urgence. Il fait une thoracotomie, qui libère deux verres ordinaires de pus bien lié, très aéré et très fétide. Dès l'opération, on institue un traitement sérothérapique et tonique. Le malade meurt le soir même.

Autopsie. — On trouve un abcès sous-phrénique. Il est situé profondément derrière la grosse tubérosité de l'estomac, au-devant de la colonne vertébrale, à gauche de l'œsophage, à droite de la rate. De la grosseur d'un œuf de poule, là, son pôle supérieur est au contact de la coupole diaphragmatique. De multiples adhérences le solidarisent plus ou moins à tous les organes. Les parois sont très épaisses, 1/2 centimètre environ. Après incision, on

trouve des fausses membranes blanchâtres, baignant dans un pus franc, bien lié. Cette collection purulente, bien limitée, bien organisée, communique avec l'œsophage, au niveau du cardia, par un trajet infundibuliforme qui admet l'index à son départ, un crayon seulement au niveau du cardia. Les parois de ce canal sont peu épaisses, mais nettement formées. Il contient un liquide roussâtre, purulent. En explorant la cavité purulente, on découvre une fissure au niveau des piliers du diaphragme; elle conduit dans un espace fongueux aux limites imprécises, passant entre les piliers longeant le bord gauche de l'œsophage. Au contact de la plèvre médiastine, il se termine en cul-de-sac, après un trajet thoracique de 7 centimètres. Cet espace ne communique ni avec la plèvre, ni avec l'œsophage. On retrouve le pyopneumothorax opéré, il intéresse la cavité pleurale tout entière. Le poumon gauche est collabé. Nulle part, il n'existe de fistule, sauf celle déjà décrite au niveau du cardia. L'estomac, non perforé, présente les mêmes lésions que l'œsophage.

L'évolution de l'œsophagite, chez ce malade, paraissait devoir être relativement bonne. La radioscopie montrait un œsophage rétréci, mais sans solution de continuité. La perméabilité était bonne aux aliments semi-liquides et d'une manière constante. Les mouvements du diaphragme étaient normaux. Comment expliquer, dès lors, que la première dilatation, prudente, non traumatisante, ait été le point de départ d'une *pleurésie purulente* mortelle en quelques heures ? On ne peut pas admettre la fausse route, puisqu'on ne trouvait pas de fistules récentes à l'exploration de l'œsophage dans les jours qui ont suivi l'accident. L'abcès sous-phrénique se serait développé peu à peu, sans bruit, et, au cours de l'opération, l'effort considérable fourni par le malade, effort défensif contre le tube qui s'introduit, a provoqué une fissure dans la paroi de l'abcès, en un point de moindre résistance, entre les piliers du diaphragme. Cette rupture correspondrait à la douleur vive que le malade a éprouvée immédiatement. La médiastinite ainsi formée, le microbe s'est propagé en quelques heures à la plèvre, d'où pleurésie purulente foudroyante.

Aurait-on pu éviter un tel accident ? Rien à l'examen clinique

ne pouvait faire penser à la présence d'un abcès sous-phrénique. Un examen de sang aurait peut-être pu montrer qu'il existait quelque part une suppuration et la faire rechercher avant de procéder à quelque manœuvre que ce fût.

Cette observation nous montre, en tout cas, qu'avant de dilater un œsophage rétréci, il faut redoubler de prudence et employer tous les moyens qui sont à notre disposition actuellement pour éliminer toutes les contre-indications de cette manœuvre.

CONCLUSIONS

I. — D'après le nombre restreint des observations que nous rapportons, les perforations complètes ou incomplètes de l'œsophage s'accompagnant de manifestations pleurales sont rares.

II. — Elles ont été observées soit à la suite de corps étrangers de l'œsophage, soit après des cathétérismes pour rétrécissements plus ou moins serrés.

III. — Les corps étrangers dans l'œsophage, même s'ils sont mousses, doivent être enlevés le plus rapidement possible, pour éviter l'ulcération secondaire.

IV. — L'apparition d'un syndrome pleural chez un malade ayant subi une exploration endo-œsophagienne doit toujours faire penser à une perforation complète ou incomplète de l'œsophage.

V. — Le pronostic, sombre, ne doit pas être considéré comme désespéré.

VI. — Le traitement préventif consiste en l'extraction précoce des corps étrangers et en la douceur des explorations endoscopiques toutes les fois qu'elles seront indiquées.

Le traitement curatif du syndrome étudié consiste :

1° à faire une gastrostomie pour mettre l'œsophage au repos et empêcher le passage des aliments dans la plèvre;

2° à faire un drainage pleural le plus rapidement possible, aidé ou non de lavages;

3° en l'administration de substances nutritives par voie rectale et par la bouche de stomie. L'hydratation de l'organisme par voie hypodermique, intraveineuse ou rectale, l'administration de toni-cardiaques, permettront la reprise de l'alimentation par voie gastrique.

VII. — Les malades traités chirurgicalement peuvent guérir dans la proportion de 50 p. 100, d'après nos observations.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,

PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :

Le Président,

G. PORTMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 10 juin 1937.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Alpin (J.). — Perforation, treatment of complication caused by foreign bodies. *Monatsch. r. Ohrmh*, 68, 1172-1185, oct. 1934.

Arens et Stewart. — Pneumopéricardite consécutive à un corps étranger de l'œsophage. *Radiologie*, mars 1934, p. 334.

Bernard et Soulas. — Déterminations pulmonaires aiguës, congestives ou putrides consécutives aux sondages œsophagiens pratiqués à l'aveugle. Soc. méd. des hôp. de Paris, juin 1934.

Boyer, zin. n. Lotheisen. — Bruner und Nissen in Hanab. d. prakt. *Chir. bungear. b. umgearb*, aufl. II, 379, 1931.

Boylon Ortoni. — Médiastinite et pleurésie putrides à la suite de manœuvres endoscopiques. *Arch. of oto-laryngologie*, nov. 1930.

Brémond et Reymond. — Perforation de l'œsophage avec pleurésie purulente par suite de l'absorption de potasse. — *Journal de Marseille*, nov. 1935.

Casadesus. — Les œsophagites et périœsophagites par corps étrangers. *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 30 juin 1929, p. 433.

Coulet. — Corps étrangers de l'œsophage, abcès de l'œsophage, médiastinite purulente. *Revue de laryngologie*, nov. 1924.

Denis (G.). — Corps étrangers de l'œsophage. *Bull. méd. de l'Algérie*, févr. 1901.

Fontes Cardoso. — Perforations œsophagiennes et complications pleurales. *Brésil médical*, 1er janv. 1922.

Guilmoto (G.). — Perforations et ruptures spontanées de l'œsophage. Thèse Bordeaux, 1936.

Halloran (C.). — Perforation of œsophagus with pulmonary complications. *M. J. Australia*, 2, 592, 7 nov. 1931.

Impuratori (C.-J.). — Accidental perforation, gastrostomie, recovery; plea from retrograde dilatation in small sized strictures. *Ann. otol., rhin. et laryng.*, 42, 799-801, sept. 1933.

Lederer Fl. Fishman. — Médiastotomie prophylactique dans les perforations œsophagiennes par corps étrangers. *Arch. of oto-laryngologie*, Chicago, avril, n° 4, p. 425.

Leroux. — Le danger des corps étrangers de l'œsophage. *Progrès médical*, 13 déc. 1930.

Loubat (Prof.) et Laporte (Dr F.). — Pleurésie putride et médiastinite après cathétérisme œsophagien. Guérison par pleurotomie. Soc. de chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest, 11 avril 1935.

Meyersburg. — Perforation traumatique de l'œsophage et médiastinite. *Journ. of the Amer. med. assoc.*, nov. 1930, p. 1341-1342.

Mikula. — Perforation de l'œsophage due à une pleurésie purulente. *Annales d'oto-laryngologie*, août 1933, n° 8, p. 492.

Mœrsch (H.-J.) et Kennedy (F.-Z.). — Médiastinitis (from perforation of foreign bodies through œsophagus). *Clin. North America*, 16, 1433-1438, may 1933.

Mondière. — Observations sur les accidents des corps étrangers de l'œsophage. *Arch. gén. de méd.*, 1830, t. XXX.

Morl. — OEsophagus perforationen in die pleurahohle. *Beitr. z. klin. Chir.*, 158, 487-500, 1933.

Phebet. — Thèse Paris, 1934.

Rebattu, Ewrard et Chapuis. — Deux cas d'abcès sous-muqueux de l'œsophage consécutifs à des corps étrangers et évacués par l'œsophagoscopie. Soc. oto-rhino-laryngol. de Lyon et de la région, séance 4 déc. 1931.

Segura (de Buenos-Ayres). — *Broncho-œsophago et gastroscopie*, avril 1935.

Seirat. — Thèse Lyon, 1899.

Seiffert. — *Brun's Beitrage zur Klinischen Chirurgie*, n° 5, 15 nov. 1933, p. 487.

Tiprez et Dequesne. — L'examen radiologique de l'œsophage par la méthode d'imprégnation des sillons de la muqueuse. Soc. médicale du Nord, févr. 1935.

Tumaskin. — *The Journal of Laryngologie*, avril 1934.

29.275. — Bordeaux, Imprimerie Centrale Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1937.